

Дубровшик О.И., Кунцевич В.И.,
Цилиндзъ И.Т., Русин И.В.

ДЕСТРУКЦИИ СТЕНКИ КИШКИ И ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

/ Гродно /

Проблема гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии остается актуальной и, к сожалению, далеко не разрешенной. Традиционно считается, что в подавляющем большинстве, осложнения в абдоминальной хирургии обусловлены объективными причинами и они общеизвестны. Однако, особое место среди них занимают интраабдоминальные инфекции, развивающиеся в связи с деструкциями стенок кишки у пациентов, подвергнутых оперативным вмешательствам, не сопровождавшихся вскрытием просвета полых органов.

Нами проведен анализ случаев развития интраабдоминальной инфекции в связи с деструкцией стенки кишки у 10 больных, что составляет 0,4% от всех подвергнутых оперативному вмешательству в 1995-1997 г.г. За этот период выполнено 2736 операций, 1094 — экстренных и 1642 — плановых.

Причинными факторами развития интраабдоминальной инфекции в связи с деструкцией стенки кишки были:

1. Исходное расстройство кровообращения в сегментах тонкой кишки и брыжейки в связи с закрытой травмой брюшной полости — у 2 больных.

2. Травмирование противобрыжеечного края тонкой кишки во время висцеролиза и назоинтестинальной интубации кишечника у больного подвергнутого повторному оперативному вмешательству по поводу спаечной кишечной непроходимости. У данного больного послеоперационное неблагополучие выявлено уже в первые двое суток. Проявлялось высокой лихорадкой, болями в животе, рвотой. Под влиянием проводимого комплекса консервативной терапии наступило улучшение, что позволило воздержаться от повторной релапаротомии. Однако на фоне положительной динамики, в общем и местном статусе, после удаления кишечного зонда, на 6-8 сутки вскрылись высокие тонкокишечные свищи (2 — в левом подреберье, 1 — в мезогастрии слева и 1 — справа от пупка). Интенсивная комплексная терапия позволила добиться самостоятельного последовательного закрытия свищей в течение 16-22 дней.

3. Исходно воспалительные процессы в брюшной полости: в связи с болезнью Крона — 3; аппендикулярный инфильтрат — 2.

4. Эвентрация в подкожную клетчатку доли-хосигмы после удаления аднекстумора — 2.

5. Распад опухоли сигмы с микроперфорацией – I.

Релапаротомии подвергнуты 9 больных. Умер один, летальность составила 10%. Высокая летальность связанная с развитием интраабдоминальной инфекции при деструкциях стенок кишки требует разработки эффективных методов профилактики, ранней диагностики наступивших осложнений и рациональной лечебной тактики при их установлении. Одной из ведущих причин высокой летальности, при данной патологии, является поздняя диагностика осложнений из-за нечеткой клинической картины, в связи с чем поздно принимается решение о необходимости релапаротомии. Послеоперационное неблагополучие в связи с развитием интраабдоминальной инфекции при деструкции стенки кишки можно выявить уже на 2-3 сутки, а при возникновении местного ограниченного перитонита – на 5-7 сутки. Релапаротомия в анализируемой группе больных выполнялась на 4-8 сутки. Однако считаем, что активный поиск причин отсутствия положительной динамики в состоянии больных первые двое суток послеоперационного периода должен быть настойчивым и своевременным. Полагаем, что главными звеньями профилактики интраабдоминальной инфекции в связи с деструкциями кишечной стенки являются: строгое соблюдение принципов асептики и антисептики; интенсивная антибактериальная терапия включающая и антисептики; бережное отношение к тканям во время оперативных вмешательств; полноценная санация с дренированием брюшной полости; использование для выполнения декомпрессии кишечника достаточно эластичных кишечных зондов; пролонгированная перидуральная анестезия.

Применение перечисленных мероприятий позволит предупредить развитие интраабдоминальной инфекции у значительного количества больных в послеоперационном периоде, улучшить результаты лечения и снизить летальность.